

III Foro Latinoamericano

Igualdad y desigualdad social en América Latina: generando debates en Trabajo Social en relación con otras ciencias del campo social

La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina. 24, 25 y 26 de Agosto de 2016 Facultad de Trabajo Social UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

Eje 4: Balances y perspectivas sobre las políticas públicas en la región. Sus impactos en la desigualdad, la construcción de derechos y la constitución de sujetos.

Título: La política sanitaria en el nuevo escenario político regional y nacional

Abadía, Mariana. Lic. En Trabajo Social. FTS. UNLP marabadie@gmail.com. JTP Cátedra Política Social, FTS. UNLP. Hospital San Juan de Dios de La Plata.

Cuevas, Laura. Lic. En Trabajo Social. FTS. UNLP cuevasnennhuber@gmail.com Ayudante Diplomada Cátedra Política Social. FTS. UNLP. Dirección de Capacitación y Desarrollo de los Trabajadores de la salud. Ministerio de Salud Pcia. de Buenos Aires.

Palabras claves: políticas en salud- rol del Estado- reconfiguración neoliberal

A) Introducción

En trabajos anteriores (Abadía y Cuevas, 2014), hemos planteado, que en la Argentina del posneoliberalismo (2003-2015) el campo de la salud presentaba tensiones, conflictos y condicionamientos que planteaban un escenario de confrontación entre dos modelos posibles: el de concebir a la salud como un derecho o una mercancía.

En estos trabajos hemos tomado como ejes de análisis diversos componentes que conforman ese campo de conflicto expresado en el sector salud: la fuerte presencia de capital económico, la fragmentación y segmentación al interior del campo, el papel del complejo médico industrial, la concepción de gestión en juego, las prácticas de los trabajadores y sus márgenes de maniobra para generar contrahegemonía, la convivencia

de políticas universales en otros campos de la política social en contraste con lógicas focalizadas y de gestión por resultados en el campo de la salud. Esa caracterización reconocía la presencia creciente de un Estado activo en la garantía de derechos, que disputó poder al mercado y logró ampliar su autonomía relativa comenzando por un rol intervencionista en la economía que apuntó a la consolidación de un mercado interno y consecuente fortalecimiento de la industria nacional. Durante el período 2003-2015 se consagraron y restituyeron derechos laborales, soberanía energética, fondos previsionales a cargo del Estado, política de Derechos Humanos y protección social, entre otras. En el campo de la salud, se plasmaron regulaciones jurídicas progresistas en respuesta a necesidades colectivas e históricas.

A la luz de los cambios de direccionalidad política tanto a nivel regional como nacional nos planteamos cuáles son las nuevas condiciones que se plantean en materia de políticas públicas.

Los procesos de expansión territorial de gobiernos progresistas y revolucionarios que instalaron las condiciones para remover los intereses mercantilistas en el campo de la salud, tal como lo describe García Linera¹, hoy se han estancado. “Hay un regreso de sectores de la derecha en países importantes del continente y hay una amenaza de que suceda lo mismo en otros. La derecha siempre va a buscar sabotear los procesos progresistas”. Pagina 12, 29/5/16

En el caso argentino, las medidas tendientes a limitar la hegemonía del mercado se materializaron en los últimos meses de la gestión de gobierno. Entre estas regulaciones, podemos citar la compra conjunta de medicamentos como región Mercosur a fin de amortiguar la especulación de la industria farmacéutica sobre el precio final de los medicamentos y la creación de una alianza estratégica entre el subsector público y las Obras Sociales Solidarias para facilitar el recupero de la prestación al subsector público. Esta regulación enfrentó reacciones por parte de los intereses corporativos traducidas incluso en presentaciones judiciales. Esto muestra la particularidad y complejidad del campo sanitario, las marcas de la historia que generaron un sistema fragmentado y segmentado, que plantea serios obstáculos para una política de salud desde un enfoque de derechos.

¹ Garibaldi, Florencia. “Hay que cambiar el alma de la sociedad.” Entrevista a Álvaro García Linera. Fecha de publicación: 29/05/16 www.pagina12.com

Para comprender mas acabadamente este proceso debemos situar las reformas neoliberales de los años 90 en el sector salud. Durante estos años, en toda América Latina, los sistemas de salud se ven gravemente debilitados y desorganizados a raíz de las políticas de ajuste implementadas, de tal manera que en el marco de la 2º generación de Reformas², el Estado reaparece como garante del mercado. En tal sentido, Laurell plantea: “no se trata de restablecer la responsabilidad estatal en el terreno social sino conseguir que asuma un nuevo papel en el impulso al mercado y logre reconstruir la cohesión social resquebrajada”. (Laurell, 2011:16).

En nuestro país, Rovere (2004) describe el período abierto a partir del 55 como la apertura al ingreso de Organismos Internacionales al sistema de Salud. El autor plantea que “se vio desfilar a importantes figuras de la CEPAL y otros organismos internacionales y en el caso de salud se estableció un influyente acuerdo con la OPS para que dirimiera qué hacer con la salud, especialmente considerando que al final del período peronista la estructura hospitalaria del país era predominantemente pública” (Rovere, M, 2004: 2)

En este trabajo intentaremos plantear cómo en este nuevo ciclo de neoliberalismo podremos ensayar caminos posibles que recuperen los procesos de restitución de derechos para enfrentar el nuevo escenario de pérdidas, avasallamiento y desmantelamiento del Estado.

¿Cómo se expresa o reconfigura en este nuevo escenario el campo de disputa mencionado?

² La Segunda generación de Reformas resulta de las limitaciones que tuvo lo que se definió como “Primera generación de reformas” basada en el documento “Invertir en Salud” del Banco Mundial de 1993. “Básicamente recomendaba ofrecer un Paquete Mínimo a los pobres y mercantilizar el acceso a los servicios para el resto de la población. Esta reforma dañó gravemente a las instituciones públicas y fue un fracaso social, ya que dificultó el acceso a los servicios de salud requeridos para la gran mayoría de la población. Contribuyó así al creciente descontento popular y a la pérdida de legitimidad de los gobiernos impulsores del nuevo orden social. No menos importante fue que el rápido empobrecimiento de la parte mayoritaria de la población y la redistribución regresiva del ingreso dejaron sin mercado —demanda respaldada con recursos— al sector privado de salud. Se requería entonces reintroducir al Estado como garante del mercado. Es aquí donde entra la segunda reformade salud con su propuesta del “aseguramiento universal” (Laurell, 2011:17)

En esta trama de conflictos e intereses, que lugar tendrán las subjetividades para sostener y/o profundizar conquistas?

¿Qué incidencia tendrán los trabajadores en este campo de disputa? Qué estrategias deberán reconsiderarse para intervenir en esta nueva complejidad?

2- Cambios y tensiones en la Región Latinoamericana. Situación de Argentina en el nuevo contexto.

América Latina está atravesada por fuertes tensiones e intentos desestabilizadores por parte de la derecha hacia los gobiernos progresistas de la Región. Estos intentos, orquestados por los grupos económicos dominantes en alianza con los medios de comunicación hegemónicos y el sector judicial, van minando lentamente las bases de un gobierno popular para producir GOLPES BLANDOS, tal como los caracteriza Stella Calloni (2009).

El drástico cambio en la política de Argentina a partir de diciembre de 2015, va marcando un escenario complejo que es preciso caracterizar a fin de vislumbrar cual es y será el rumbo a seguir en materia de políticas sociales y específicamente en las políticas del sector salud. Las políticas de ajuste implementadas en este breve período van redireccionando el rol del Estado hacia el corrimiento de sus funciones de garante de derechos y protección social para dar paso a una política de libre mercado, invirtiendo la relación existente de la economía al servicio de la política para pasar a la política al servicio de la economía. Esta reorientación de la política económica, marcada por un nuevo e histórico endeudamiento ha generado en el primer trimestre de gobierno la pérdida de miles de puestos de trabajo, creciente pérdida de poder adquisitivo, principalmente generada por la inflación, y la retirada de subsidios estatales al consumo de bienes y servicios básicos como de política de control de precios entre otras. El inicio de este retroceso también ha generado un fuerte impacto en la subjetividad colectiva, en términos de incertidumbre y creciente angustia, dada la voracidad de las medidas adoptadas, al contexto discursivo social de aceptación de dichas medidas y a la amenaza de despido sin justa causa, tal como se ha dado con los más de 150.000 despidos producidos hasta el momento.

De acuerdo a un reciente informe de la UCA³ (2016) entre 2011 y 2015 la pobreza por ingresos pasó del 24,7 al 29,0 por ciento de la población. El nuevo gobierno superó en apenas tres meses toda la pobreza generada en los cuatro años anteriores. En términos porcentuales, entre 2011 y 2015 la tasa de personas pobres se elevó un 17,4. A partir de las medidas implementadas por el nuevo gobierno, en un trimestre, la pobreza subió 18,9 por ciento.

Aunque no se dispone de datos oficiales sobre desempleo, sobre costos de las Canasta de consumo de Bienes y servicios y de la Canasta de Alimentos, los datos no oficiales que han circulado arrojan que la indigencia está aumentando más rápido que la pobreza.

Estos datos nos interpelan dado que las políticas dirigidas a intervenir en los determinantes sociales, en la anterior gestión de gobierno, incidieron significativamente en los niveles de salud de la población. Esta mejoría cualitativa se caracterizó por la elevación del nivel de ingresos de la población, favorecido por la reactivación de la economía desde un modelo de intervencionismo de Estado acompañado por políticas sociales concebidas integralmente que abarcaron un amplio espectro: Asignación Universal por Hijo, programas de capacitación y empleo, programas de fortalecimiento de la economía social, programas de terminalidad de estudios, ampliación de cobertura previsional, programas de transferencia condicionada de ingresos, entre otros. Estas políticas, concebidas desde una perspectiva de derechos, tendieron a consolidar mecanismos de inclusión social que tuvieron clara incidencia en los procesos de salud colectiva de la población.

Sin embargo, desde el propio sector salud los lineamientos adscribieron a la 2° generación de reformas del Estado. Esto se expresó a partir de reintroducir al Estado como garante del mercado en nuestro país, instrumento de “aseguramiento universal”.

Específicamente en materia de política sanitaria las líneas de gestión implementadas en los últimos años se mantuvieron dentro de las coordenadas planteadas en el punto 1, condicionadas por el capital económico en el campo; implementándose programas que ampliaron márgenes de acceso y participación en salud pero que no profundizaron los

³ Cufre, David. “Pobreza”. www.pagina12.com fecha de publicación: 28/05/16

principios que debieran regir un Sistema de Salud como universalidad, gratuidad y equidad. El escenario resultó ser una trama de facilitadores para que la lógica de aseguramiento se insertara como centralidad de la política de salud.

Sin embargo, en la implementación de los programas enlatados desde la lógica de aseguramiento nos encontrábamos contradictoriamente en un campo de limitaciones a la vez que de posibilidades y desafíos ya que “instaba” a los equipos de salud a generar acciones de promoción y prevención.

No obstante este margen de desafíos, dadas las condiciones estructurales de desfinanciamiento y falta de recursos físicos y humanos llevaron al extravío del propósito institucional de mejorar las condiciones de salud de la población y predominio de los intereses particulares subyacentes en los actores del Mercado.

En los primeros meses de gestión del nuevo gobierno se replica en diversas áreas y programas, lo que puede leerse como un paulatino vaciamiento y conlleva sensaciones de pérdida, angustia e incertidumbre en los trabajadores, que resisten “como pueden” el arrasamiento de los proyectos de trabajo mientras esperan la “reasignación de tareas en el marco de redireccionamiento de los Programas”, con el consecuente desamparo hacia la población.

3-La gestión de políticas sociales y los agentes de salud ante el nuevo contexto

El retorno a un modelo neoliberal lesiona el carácter integrador que venía teniendo el trabajo en el modelo anterior. Por lo tanto, las formas y dinámicas que adquiere la política laboral actual organizan las políticas sociales.

Comienza a vislumbrarse en forma acelerada un proceso de transformación de sentido en el enfoque de la política social, siguiendo a Mazzola (2016) como *compensatoria de políticas de ajuste*, ya que se visualiza desde las distintas áreas de la política social una construcción discursiva que establece un principio “meritocrático” como lógica de acceso.

Se produce el desmantelamiento de la mayoría de los programas de abordaje territorial.

Estas decisiones se inscriben en una reconfiguración de la relación Estado sociedad. Siguiendo a Chiara y Di Virgilio entendemos que “la política social no es resultado de un proceso lineal, coherente y necesariamente deliberado de diseño, sino que es objeto de un proceso social y político que configura un campo de disputa”. (Chiara y Di Virgilio, 2009: 54). Esto implica enfrentar un nuevo escenario de tensiones y lucha que nos interroga acerca de qué papel podrán ejercer los procesos inclusivos que articularon las distintas políticas sociales enmarcadas en el período 2003-2015.

El planteo de las políticas sociales y específicamente en el sector salud como una “ayuda” del Estado revela la concepción que se pone en juego, desprovisto de su dimensión política y no como un derecho de la población, concibiendo al sujeto como beneficiario y al trabajador como mero ejecutor de políticas guiado por valores voluntaristas. En síntesis, más que analizar instrumentos de política social pretendemos en este incipiente escenario poner en discusión las posiciones teóricas que conllevan ideas acerca de un modelo societal.

Resulta relevante traer las reflexiones de Laurell (2012) respecto de cuáles son los modelos de salud en tensión en Latinoamérica: aseguramiento universal y sistema único y público de salud, el primero con eje en la salud como ámbito de lucro y el segundo en la salud como derecho. El debate es entre sistemas de salud de corte universalista que actúen sobre los determinantes sociales y económicos de la salud mejorando la salud colectiva, o sistemas de seguro de salud que disminuyen las posibilidades de formular una política que actúe sobre los determinantes económicos y sociales al incorporar múltiples administradores de fondos/compradores de servicios y prestadores con prioridad de atención a la persona.

4-Reflexiones Finales:

Si en trabajos anteriores señalábamos cómo los condicionantes supranacionales enquistados en el sector salud, limitan el poder de Estado para superar muchas de las

falencias del sistema de salud, hoy con un Estado que favorece o “deja hacer” a las fuerzas del Mercado estos actores (complejo médico industrial y corporaciones farmacéuticas multinacionales con alianzas locales) redoblan su rol de factores de poder.

Ante el cuadro de situación actual planteado, bajo el signo neoliberal asumido por la nueva gestión de gobierno podemos presumir que la lógica de aseguramiento se verá fortalecida como opción de política sanitaria.

Qué papel podrán asumir los otros actores en juego: los trabajadores del sector salud y la propia población en pos de defender sus derechos. ¿Qué frentes de batalla puede abrir el sector del trabajo que está atravesando procesos de despido, inestabilidad, vaciamiento de contenidos en los programas, incertidumbre y temor por la pérdida de la fuente de trabajo, en un contexto signado por el ataque simbólico y real al trabajador estatal? **¿Qué significa para la intervención profesional pasar de la universalidad a la justificación de la pobreza para acceder a determinadas políticas?**

En este sentido será decisivo el posicionamiento que asuma el trabajador como sujeto colectivo, la capacidad de repreguntarse cuál fue su rol en la construcción de sentido en la relación con los/as usuarios/as de servicios de salud a la hora de la efectivización como de la exigibilidad de derechos. Al mismo tiempo será imprescindible articular su propia reflexión crítica con prácticas que produzcan encuentros con las representaciones, expectativas y necesidades de los sujetos de la atención, en un contexto de creciente empobrecimiento y pérdida de protección estatal que recrudecerán las problemáticas de salud.

Bibliografía:

Calloni, Stella (2009) “Los golpes blandos” Disponible en <http://movimientonacionalpopular.blogspot.com.ar/2009/04/los-golpes-blandos-por-Stella-Calloni.html> (acceso 20/05/16)

Chiara, Magdalena; di Virgilio, Mercedes (2009) “Gestión de la política social, conceptos y herramientas”. Buenos Aires, Ed. Prometeo.

Cufré, David. "Pobreza". Diario Página 12. www.pagina12.com fecha de publicación: 28/05/16

Garibaldi, Florencia. "Hay que cambiar el alma de la sociedad." Diario Página 12. www.pagina12.com Entrevista a Álvaro García Linera. Fecha de publicación: 29/05/16

Laurell, Asa Cristina (2011) "Los proyectos de salud en América Latina: Dos visiones, dos prácticas". En Revista Voces en el Fénix, año 2, n°7.

Laurell, Asa Cristina (2012) "Sistemas Universales de salud. Retos y desafíos". <file:///C:/Users/GUS/Downloads/SistemasUniversalesdeSaludRetosyDesafios%20.pdf>

Mazzola, Roxana "Infancias". Diario Página 12. www.pagina12.com fecha de publicación 22/5/16

Rovere, Mario (2004) La salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la construcción de un sistema injusto. Publicado en la revista electrónica La Esquina del Sur mayo 2004.